

Inégalités sociales de santé : Une analyse théorique

Social health Inequalities: A Theoretical Analysis

Fatima Arib, (Enseignant-Chercheur, PES)

*Directrice de l'Ecole Nationale de Commerce et de Gestion - ENCG
Université Cadi Ayad, Marrakech, Maroc.*

Najat Khaldi, (Doctorante)

*Laboratoire Innovation, Responsabilité et Développement Durable - INREDD
Faculté des Sciences Juridiques Economiques et Sociales - FSJES
Université Cadi Ayad, Marrakech, Maroc.*

Adresse de correspondance : Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales
Adresse : Daoudiate B.P. 2380, 40000 Marrakech
Université Cadi Ayad
Marrakech, Maroc
40000
Tél: (+212) 524 437 741 / (+212) 524 434 814
Fax : (+212) 5 24 43 44 94
najatkhalidi.nk@gmail.com

Déclaration de divulgation : Les auteurs n'ont pas connaissance de quelconque financement
qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.

Conflit d'intérêts : Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.

Citer cet article Khaldi, N., & Arib, F. (2021). Social health Inequalities: A
Theoretical Analysis. International Journal of Accounting,
Finance, Auditing, Management and Economics, 2(1), 485-501.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.4474581>

DOI: 10.5281/zenodo.4474581
Published online: January 29, 2021

Copyright © 2021 – IJAFAME



Inégalités sociales de santé : une analyse théorique

Social health Inequalities: A Theoretical Analysis

Résumé

Les disparités en matière de santé sont responsables de nombreuses pathologies au sein d'un pays et/ou entre différents pays. Elles constituent un enjeu principal de la santé publique et elles doivent être prises en compte dans l'élaboration de politiques et de programmes de santé et de développement.

Cet article a pour objectif d'une part, d'analyser théoriquement les inégalités en matière de santé, ainsi que leurs principaux déterminants, d'autre part de présenter les actions à prendre sur le plan environnemental, socioéconomique et politique afin de réduire ces inégalités. Nombreuses sont les recherches montrant que la réduction des inégalités en matière de santé contribue à une réduction des inégalités sociales et que la réduction de ces disparités exige des mesures pluridisciplinaires agissant sur plusieurs dimensions particulièrement les caractéristiques socioéconomiques, les facteurs de risque et les comportements individuels. Malgré les travaux réalisés sur la question d'inégalités de santé, cette problématique nécessite davantage des analyses et des explications pour pouvoir en agir.

Mots clés : Inégalités, Santé, Déterminants.

Classification JEL: I10, I14

Type de l'article : Article théorique.

Abstract

Health disparities are responsible for many pathologies within a country and/or between different countries. They are a major public health issue and must be taken into account in the development of health and development policies and programs.

This article aims, on the one hand, to provide a synthetic vision of health inequalities and their main determinants and, on the other hand, to present the environmental, socio-economic and political actions to be taken in order to reduce these inequalities. There is a large body of research showing that the reduction of inequalities in health contributes to a reduction in social inequalities and that reducing these disparities requires multidisciplinary measures acting on several dimensions, particularly socio-economic characteristics, risk factors and individual behaviours. Despite the work carried out on the issue of health inequalities, this problem requires more analysis and explanations in order to take action.

Keywords: Inequality, Health, Determinants.

JEL Classification : I10, I14

Paper type: Theoretical Research

1. Introduction

L'accès à la santé est l'un des droits économiques, sociaux et culturels définis par les accords internationaux des droits de l'homme. L'Organisation Mondiale de la Santé (1946) définit le droit à la santé comme le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé possible. De manière opérationnelle, il est considéré comme le droit de tous les groupes sociaux d'atteindre le même niveau de santé que celui de la catégorie la plus privilégiée de la société (Braveman et Gruskin, 2003).

Selon les principes des droits de l'homme, l'équité en matière de santé consiste à éliminer les obstacles à l'accès aux services de santé pour les groupes de personnes défavorisées et qui ont été empêchées d'accéder aux services de soins et aux autres droits humains.

Les disparités en matière de santé restent un des problèmes les plus éclatants des inégalités sociales et économiques entre les pays du monde et à l'intérieur même d'un pays. Elles représentent synthétiquement les écarts existants entre les classes sociales.

A l'échelle mondiale, la fracture Nord-Sud est beaucoup plus marquée dans le secteur de la santé, en effet, le taux de mortalité recule progressivement chaque jour dans les pays du Nord, alors que les pays du Sud sont dévastés par des pathologies incontrôlées.

Dans les pays en voie de développement, les prestations des services de santé offertes aux citoyens sont étroitement liées à leur situation socio-économique. Cependant, d'autres facteurs d'ordre social, culturel, géographique et organisationnel agissent sur le degré d'équité dans ces services.

En Afrique subsaharienne, 1 enfant sur 12 meurt avant l'âge de cinq ans, ce qui est largement plus élevé que le ratio moyen de 1 sur 147 dans les pays à revenu élevé (UNICEF et al., 2015). De même, il existe un grand écart de taux de mortalité infantile au sein des pays africains, à titre d'exemple, 26 décès pour 1000 naissances vivantes en Algérie par rapport à 157 décès pour 1000 naissances vivantes en Angola (UNICEF et al., 2015).

Cela est expliqué, d'une part, par le fait qu'environ 80 % de la population mondiale s'est concentré dans les pays du Sud et ne disposent que de 15 % des lits d'hôpitaux et d'un quart des médecins. D'autre part, la concentration des infrastructures sanitaires et des professionnels de santé dans le milieu urbain, alors que cette population est essentiellement rurale. En plus, la migration des compétences professionnelles dont les médecins, les infirmiers et des gestionnaires pour travailler dans les pays développés, afin d'améliorer leur situation financière, contribue à l'affaiblissement du niveau sanitaire des pays du Sud.

Au contraire, les pays du Nord ont des niveaux de santé plus élevés par des infrastructures et des systèmes plus performants, aussi un accès facile aux services de santé.

En Angleterre, il y a un écart de l'espérance de vie à la naissance entre les quartiers les plus et les moins défavorisés de 17, 3 ans pour les hommes et 11,4 ans pour les femmes (Public Health England, 2015). Ces disparités sont similaires aux différences relatives à l'espérance de vie entre les États-Unis et le Ghana ou entre le Royaume-Uni et l'Inde (Organisation Mondiale de Santé, 2016). L'espérance de vie est un indicateur global, mais il est nécessaire de déterminer l'étendue et les déterminants des autres aspects des inégalités de santé (Bambra, 2016).

Cette recherche vise à explorer théoriquement les inégalités sociales de santé, de présenter synthétiquement leurs principales formes, puis d'analyser les différents facteurs influençant l'état de santé des individus. Elle a pour objectif aussi d'exposer les mesures et les actions à entreprendre pour réduire ces écarts. Pour ce faire, plusieurs questions s'imposent : **Quelles différences existent-elles entre équité et inégalité ? Quels sont les principaux déterminants des inégalités de santé ? Enfin quelles sont les mesures à entreprendre pour réduire ces disparités ?**

Pour répondre à ces questions, nous allons commencer par exposer quelques points de différence entre équité et inégalité, puis nous allons définir le concept de disparités en matière de santé, présenter leurs principales formes et analyser les déterminants influençant la santé. En dernier lieu, nous allons essayer d'exposer les actions à entreprendre pour limiter et réduire les inégalités sociales de santé.

2. Équité dans la santé

Pendant ces dernières décennies, une littérature importante a été consacrée aux différences et aux relations existantes entre la justice sociale et l'équité en matière de santé. Plusieurs publications traitent les problématiques de la santé des personnes démunies, de l'équité en matière de santé et de la santé comme un des piliers du développement durable. Dans cette partie, nous allons illustrer le concept d'équité en santé, puis exposer les différences entre équité et inégalité.

2.1. Équité et justice sociale

L'équité est un concept éthique, s'appuie sur les principes de la justice distributive (Beauchamp, 1994 ; Feinberg, 1995). Il y a une équité en santé lorsqu'il y a une absence de disparités en matière de santé qui sont socialement injustes ou inéquitables (Whitehead, 1992 ; Evans, 2001). Elle peut être opérationnellement définie comme l'absence d'écarts systématiques en matière de santé ou de déterminants sociaux majeurs de la santé entre les groupes sociaux qui vivent dans différents niveaux d'avantages ou de désavantages sociaux sous-jacents, autrement dit, dans différentes positions dans une hiérarchie sociale.

Les inégalités en matière de santé désavantagent systématiquement des groupes de personnes déjà socialement défavorisées (par exemple, parce qu'elles sont pauvres, de sexe féminin ou membres d'un groupe racial, ethnique ou religieux défavorisé) en ce qui concerne leur santé. La santé représente à la fois le bien-être physique et mental, et pas seulement l'absence de maladie (OMS, 1946). Les groupes sociaux plus ou moins favorisés peuvent être des groupes socioéconomiques (généralement définis par des mesures de revenu, d'actifs économiques, de classe professionnelle et/ou de niveau d'éducation), des groupes raciaux/ethniques ou religieux, ou des groupes définis par le sexe, la géographie, l'âge, le handicap et d'autres caractéristiques pertinentes au contexte particulier. Une disparité en matière de santé doit être systématiquement associée à un avantage social, c'est-à-dire que l'association doit être significative et fréquente ou persistante, et non pas seulement occasionnelle ou aléatoire (Starfield, 2001).

2.2. Équité et inégalité : points de différences

Le concept de l'équité en santé projette la lumière sur la répartition des ressources et les autres processus qui sont responsables d'un certain type d'inégalité en santé. Cette dernière est une inégalité systématique en santé entre les groupes sociaux plus ou moins favorisés, autrement dit, une inégalité en santé qui est injuste ou inéquitable.

Les disparités en matière de santé ne sont pas toutes injustes (Anand, 2002 ; Evans, 2001). Les différences d'état nutritionnel ou de niveaux d'immunisation entre les filles et les garçons, ou les différences raciales/ethniques dans la probabilité de recevoir un traitement approprié pour une crise cardiaque seraient très préoccupantes du point de vue de l'équité. C'est pour cette raison, il est difficile de soutenir que toutes les inégalités en matière de santé sont injustes.

D'une façon générale, l'équité exige souvent une inégalité en matière de santé et une inégalité dans la répartition des ressources par habitant, l'égalité en matière de santé exige une inégalité dans la répartition des ressources, en d'autres termes, l'égalité dans la répartition des ressources entraîne généralement une inégalité en matière de santé.

3. Inégalités en matière de santé: définitions, formes et déterminants

« *Le concept d'état de santé de la population ne se limite pas uniquement à la somme des données se rapportant à la santé de chacun des individus; il implique aussi une analyse de la distribution de la santé dans cette population* » Starfield (2001, pp.452-454).

Les inégalités en matière de santé sont étudiées à partir des principes de la science de l'épidémiologie qui s'intéresse à l'étude de la distribution des maladies et des facteurs de risque entre les groupes au sein des populations. Elles peuvent être définies comme des différences de l'état de santé entre des catégories sociales de différentes situations socioéconomiques et de différents lieux de résidence, comme elles peuvent être enregistrées entre les femmes et les hommes, entre les groupes ethniques, selon différentes formes.

Ainsi, notre objectif dans cette partie sera centré sur la définition du concept d'inégalités, puis nous allons présenter un ancrage théorique sur les formes de ces disparités. Enfin, nous allons analyser les déterminants influençant l'état de santé des individus.

3.1. Définitions

Braveman (2006) adopte la définition suivante : « *une inégalité ou une disparité en matière de santé est un type particulier de différence en matière de santé qui pourrait être influencé par les politiques. Il s'agit d'une différence systématique de santé (ou de risques modifiables pour la santé) selon l'avantage social, c'est-à-dire la position relative d'une personne dans une hiérarchie sociale déterminée par la richesse, le pouvoir et/ou le prestige* ».

Whitehead (1992) définit les inégalités en santé comme des différences qui sont non seulement inutiles et évitables, mais aussi injustes. Des différences selon lesquelles les groupes sociaux défavorisés sont systématiquement exposés à des risques pour la santé, plus élevés que ceux des groupes sociaux plus favorisés. La justice sociale, l'amélioration de la santé de tous notamment des catégories socio économiquement défavorisées, constitue ainsi une préoccupation centrale. Les avantages et les désavantages sociaux sont des déterminants puissants de l'accès à la santé, directement et indirectement, dans la mesure où ils déterminent les conditions dans lesquelles les personnes vivent et travaillent, les ressources qu'ils ont, leurs relations avec les autres, et, potentiellement, comment ils se perçoivent (Marmot et al., 1997).

Pour pouvoir parler d'inégalités en matière de santé, il faut également observer les différences de santé entre les groupes avec différents niveaux d'avantages sociaux, aussi les groupes défavorisés doivent faire l'objet d'une disparité en matière de santé au sein des personnes.

Cette distinction est importante, car il n'est pas toujours vrai que la mauvaise santé est observée uniquement chez les catégories les plus défavorisées. L'exemple de l'inégalité de l'espérance de vie entre les sexes dans les pays riches est intéressant, puisque les femmes vivent généralement en moyenne plus longtemps que les hommes. Cette différence illustre un problème de santé publique qui n'est pas défini comme une inégalité en matière de santé, car les hommes ont plus d'avantages sociaux (richesse, pouvoir, prestige) que les femmes dans presque toutes les sociétés.

D'autres études montrent une mortalité par cancer du sein plus élevée chez les femmes les plus instruites en Europe, d'autres femmes ayant des niveaux d'instruction plus élevés sont plus susceptibles de consommer de l'alcool à des niveaux dangereux dans plusieurs pays de l'OCDE (OCDE, 2015). En Corée, l'ampleur de l'inégalité relative à l'éducation variait selon les causes de mortalité, selon l'âge et le sexe (Khang et al., 2004).

3.2. Types d'inégalités en santé

Les inégalités en santé ne relèvent pas seulement des facteurs biologiques, mais le résultat d'un ensemble de déterminants, qui expliquent comment se forment ces inégalités. Il y a deux

principaux types d'inégalités en santé qui interagissent entre eux: les inégalités entre territoires et les inégalités entre catégories socioprofessionnelles.

3.2.1. Inégalités géographiques

3.2.1.1. Rôle du lieu dans la création d'inégalités

L'existence des disparités spatiales aujourd'hui, ne se limite pas uniquement entre les différents pays, mais qu'elles sont également plus enregistrées entre les régions d'un même pays en fonction de leur niveau de développement.

Selon l'explication compositionnelle, la santé d'une région est le résultat des caractéristiques démographiques, comportementales et socioéconomiques des personnes qui y vivent. L'explication contextuelle quant à elle, affirme que la santé au sein d'une région est déterminée par la nature du lieu et de son environnement économique, social, culturel et physique. Selon cette perspective, l'exposition à des circonstances géographiques locales entraîne des différences dans l'état de santé de la population (Pearce, 2015).

D'après Galster (2010), il y a quatre mécanismes pour décrire le rôle du lieu dans la création d'inégalité de santé :

- Le mécanisme d'interaction sociale montre un lien entre les inégalités de santé et l'influence du quartier social sur les valeurs et les attitudes en matière de santé.
- Le mécanisme environnemental s'intéresse à la distribution socio-spatiale des facteurs dangereux pour la santé (pathogènes) qui se trouvent essentiellement dans les zones défavorisées et les facteurs favorables à la santé (salutogènes) qui existent dans les quartiers moins défavorisés (Pearce, 2015).
- Le mécanisme géographique montre que les personnes qui vivent dans des zones défavorisées pendant une longue période avec des services de mauvaise qualité peuvent avoir un mauvais état de santé (Hedman et al., 2015).
- Enfin, les mécanismes institutionnels qui visent à comprendre le rôle des institutions et des services de santé appelés aussi structures d'opportunité qui sont socialement construits et qui offrent des services de qualité, de disponibilité et d'accès variés.

Dans les pays développés, la mortalité est due à des maladies liées essentiellement au mode de vie tel que la sédentarité, surcharge pondérale, tabagisme, consommation d'alcool et alimentation variée, mais trop riche favorisent le développement des cancers et des maladies cardiovasculaires. Le développement de la recherche en médecine, l'accès aux soins et aux moyens de traitement permettent cependant de soigner et de lutter contre ces pathologies et de faire progresser l'espérance de vie.

Les maladies infectieuses considérées comme plus graves sont aussi stabilisées grâce à des associations médicamenteuses plus complexes. Les pays du Sud sont touchés par des maladies parasitaires comme le paludisme¹, la bilharziose², les dysenteries aiguës, les maladies liées à la malnutrition et l'ensemble des maladies infectieuses comme la tuberculose et VIH/sida.

Les pays de l'Afrique subsaharienne sont les plus touchés par le VIH/sida, presque 7,6 % des adultes sont porteurs du virus ce qui représente 25 millions d'individus sur les 35 millions recensés dans le monde. Ces affections touchent beaucoup plus les populations souffrant de la malnutrition et un niveau moins élevé de l'éducation. L'accès limité aux moyens de traitements ne permet pas la mise en œuvre des thérapies appropriées.

Les inégalités sanitaires à l'intérieur des pays revêtent différents caractères, prenons l'exemple de l'espérance de vie à la naissance des Australiens autochtones qui est beaucoup

¹Le **paludisme** ou la malaria, appelée également "fièvre des marais", est une maladie infectieuse due à un parasite du genre Plasmodium, propagée par la piqure de certaines espèces de moustiques anophèles.

²Maladie causée par les larves de la bilharzie, qui affecte le foie, la vessie, l'intestin, les poumons et les vaisseaux sanguins de l'être humain.

plus faible (59,4 ans pour les hommes et 64,8 ans pour les femmes) que celle des autres Australiens (76,6 ans pour les hommes et 82 ans pour les femmes). Ainsi, les fortes inégalités sanitaires entre les pays sont dues à une répartition inégale des facteurs qui nuisent à la santé et qui n'est en aucun cas un phénomène naturel.

3.2.1.2. Analyse d'inégalités régionales dans la sphère économique

Les inégalités régionales ont été analysées par plusieurs courants, leur existence est incontestable, mais leurs origines ainsi que le rôle des pouvoirs publics dans leur réduction sont différents.

Selon l'école néoclassique représentée principalement par Solow, dans sa célèbre théorie de la convergence régionale, les disparités régionales sont un phénomène normal dans le processus du marché et qu'elles sont automatiquement réduites à long terme par le bon fonctionnement du marché.

D'autre part, les économistes interventionnistes notamment Myrdal, parle de la notion de divergence et met en évidence un processus de causalité qui conduit à une reproduction des disparités régionales, ce qui signifie qu'à long terme les écarts spatiaux ont tendance à se creuser. Cependant, il faut noter que ces deux théories restent limitées au domaine des inégalités économiques.

Patel (1991) a été l'un des premiers chercheurs qui ont attiré l'attention sur les liens entre les inégalités économiques et régionales, entre le bien-être et les conditions socio-économiques de la population.

Pour bien quantifier ces inégalités et mettre en évidence leurs déterminants et leurs interactions avec d'autres phénomènes socio-économiques, Ahluwalia (2000) a montré l'importance des disparités régionales dans les performances économiques en Inde, et a proposé que ces disparités soient le résultat d'inégalités dans les facteurs de développement socio-économique. Il a également expliqué les raisons de la performance de certaines régions par rapport à d'autres à savoir la croissance des investissements, les niveaux d'alphabétisation, la qualité des infrastructures, l'environnement politique et la gouvernance.

D'autre part, Bradshaw et Vartapetov (2003) ont mené une approche pertinente sur les inégalités socio-économiques en Russie, cette approche était multidimensionnelle et utilisait plusieurs variables socio-économiques comme le niveau d'éducation, l'accès aux infrastructures, la mortalité infantile, le niveau de consommation, l'emploi et le revenu. Ils ont prouvé l'existence de deux types d'inégalités régionales : le premier regroupe des indicateurs convergents, c'est-à-dire que les écarts sont moins importants, alors que le deuxième type regroupe des indicateurs divergents, ce qui signifie que les écarts sont plus importants.

Petrakos et Artelaris (2008) ont étudié les inégalités régionales entre 51 régions grecques au cours de la période 1981-2004. Ils ont conclu que le PIB par habitant n'est pas un très bon indicateur du bien-être régional et pourrait donner une image trompeuse des inégalités régionales. Pour faire face à cette lacune, ils ont suggéré un indicateur composite de développement et de prospérité (PRI) conçu pour inclure les différentes dimensions de la qualité de vie et du bien-être régional.

Leur étude a abouti à deux principales conclusions. Premièrement, le niveau des inégalités régionales dans l'indicateur composite de développement et de prospérité est toujours supérieur à celui du PIB par habitant correspondant. Deuxièmement, l'analyse dynamique montre qu'il n'y a pas de processus de rattrapage régional, que ce soit pour le PIB par habitant ou pour l'indicateur composite de développement et de prospérité.

Winkler et Andreas (2012) ont utilisé des méthodes d'analyse factorielle pour concevoir un indice de pression socio-économique régionale en Syrie, qui résume les disparités régionales représentées par 25 variables regroupant les domaines de la structure de la population, de l'économie, de l'emploi, des infrastructures, de l'éducation préscolaire et des soins de santé.

Les résultats ont montré l'existence de disparités spatiales frappantes en Serbie, entre les régions, et entre les zones urbaines et rurales.

Peng Bin (2016) a étudié la dynamique transitoire des disparités régionales en Chine sur la période 1998-2010. Cette étude se base sur la comparaison des performances socio-économiques de 30 régions à travers un indice multidimensionnel basé sur la densité stochastique des noyaux. Cet indice multidimensionnel contient cinq dimensions pour rendre compte des différents domaines de développement socio-économique : la performance macroéconomique, la science et l'innovation, la durabilité environnementale, le capital humain et les équipements publics. Cette étude expérimentale révèle l'existence d'un schéma de convergence à trois sommets entre la période 1998 et 2010 et permet de mieux comprendre l'évolution des disparités régionales en Chine en termes de développement socio-économique global.

Dans un autre contexte, Summerina et Kashif (2017) ont analysé la dynamique des inégalités sociales au niveau interrégional et intra-régional au Pakistan avant et après la décentralisation. Ils se sont focalisés sur les indicateurs de santé et d'éducation en comparant les inégalités avant et après la décentralisation à l'aide des coefficients de variation et l'indice de Theil³ pour mesurer les inégalités spatiales, ils ont utilisé la décomposition de l'indice de Theil pour trouver les sources de ces inégalités.

Leur étude a montré une grande disparité dans les secteurs de l'éducation et de la santé aux niveaux interprovincial et intra-régional. La décomposition de l'inégalité en matière d'éducation indique une amélioration au niveau provincial. Tandis que, les inégalités en matière de santé des femmes ont été réduites pendant la période de décentralisation. Généralement, la décentralisation a légèrement amélioré la situation dans presque tous les secteurs, mais l'effet sur les inégalités reste minime, les politiques économiques et sociales devraient être plus appropriées et mieux ciblées, ce qui contribuerait à éliminer ce fardeau des inégalités régionales et à développer les zones en retard.

3.2.2. Inégalités socioéconomiques

Dans les pays en voie de développement, les inégalités en santé demeurent généralement le résultat principal de l'impact des conditions socioéconomiques sur la vie des individus. Ces derniers cumulent des désavantages socio-économiques tout au long de leur vie pour donner enfin un état de santé « *ancré* » dans le corps humain. Les personnes en situation sociale défavorisées ont une plus grande probabilité de vivre et de travailler dans des conditions plus vulnérables, ce qui augmente les risques de mauvais état de santé en raison du stress, de la morbidité et de la mortalité.

Plusieurs théories résumées par Potvin et al. (2010) donnent une importance particulière aux indicateurs socio-économiques associés à la situation sociale : niveaux d'éducation, organisation du marché du travail et ressources matérielles telles que le revenu, l'environnement professionnel et les conditions générales de travail. Elles présument que les individus de différents statuts socioéconomiques perçoivent différemment la détérioration physique : agents toxiques, conditions de logement médiocres ou emplois dangereux, et psychologiques : stress dû aux préoccupations économiques, au chômage, à la surcharge de travail, aux tâches répétitives et à l'autonomie de travail. Ces facteurs sont principalement responsables de nombreuses pathologies.

³ L'indice de Theil (1967) mesure l'écart entre le poids d'un individu (ou d'un groupe) dans la population et le poids de son revenu dans le revenu total. L'indice de Theil repose sur le concept physique d'entropie [Figini, 1998]. Cet indice correspond à la variation d'entropie entre la situation parfaitement égalitaire et la situation réelle. « *En thermodynamique, l'entropie définit l'état de désordre d'un système, croissante lorsque celui-ci évolue vers un état de désordre accru* » (Petit Robert, 1986).

L'impact de la situation socio-économique de l'individu sur leur état de santé n'est pas toujours direct ; il résulte plutôt de nombreux facteurs intermédiaires y compris les conditions matérielles, psychosociales et comportementales comme le tabagisme, l'alcoolisme ou une mauvaise alimentation.

Selon cette perspective, le système de santé est considéré comme un autre déterminant social, car l'état de santé des individus est fortement lié à leur statut socio-économique, et aussi parce que le secteur de la santé a un rôle principal dans la promotion des politiques d'action sur les déterminants sociaux.

D'après plusieurs recherches scientifiques, le statut socioéconomique est un facteur déterminant des écarts en matière de santé. La notion peut être opérationnalisée de différentes manières. Cependant, les variables les plus souvent utilisées sont le revenu, le statut professionnel et le niveau d'instruction, ces dimensions sont étroitement liées et corrélées.

Potvin et al. (2010) expliquent comment les individus qui sont en haut de la pyramide sociale ont une bonne santé par rapport à ceux qui sont directement au-dessous d'eux, ces derniers eux-mêmes jouissent d'une santé mieux que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas de cette pyramide.

Barnay et Cambois (2010) illustrent un exemple de ces écarts de santé, un ouvrier de 35 ans a une espérance de vie moins de cinq ans par rapport à celle d'un cadre du même âge, et une espérance de vie en bon état de santé perçue inférieure de neuf ans, ce qui montre l'écart flagrant en termes d'état de santé entre les groupes sociaux.

Selon Macintyre et Ellaway (2009), il est impossible d'établir une relation entre les facteurs compositionnels et les facteurs contextuels qui déterminent les inégalités en matière de santé. L'emploi et le statut professionnel des individus qui vivent dans une région sont influencés par les facteurs contextuels du marché de travail local, ces facteurs sont aussi influencés par l'environnement politique et économique de cette région (Bambra, 2016).

3.3. Déterminants des inégalités en santé

L'état de santé des individus est le résultat d'un ensemble d'interactions entre plusieurs facteurs socioéconomiques, environnementaux et comportementaux. Ces facteurs sont considérés comme « déterminants de la santé », et prennent plusieurs formes (Ben Ammar Sghari et Hammami, 2016).

3.3.1. Les déterminants intermédiaires de l'état de santé

Les déterminants intermédiaires renvoient aux conditions matérielles, tels que la qualité du logement, la consommation potentielle d'aliments sains et de vêtements chauds, par exemple. Ils sont aussi liés aux facteurs psychosociaux : stress, conditions de vie et relations sociales. Sans oublier les facteurs biologiques et génétiques, ainsi que l'accès aux infrastructures sanitaires, ces déterminants englobent aussi les facteurs comportementaux résumés essentiellement dans l'activité physique, la nutrition et la consommation d'alcool et de tabac. (Ben Ammar Sghari et Hammami, 2016)

3.3.2. Les déterminants structurels

Ces déterminants sont liés au contexte économique et politique du pays. Ils influent sur la répartition sociale et économique de la population en fonction de plusieurs variables notamment le revenu, l'éducation, la profession, le sexe et les origines ethniques. Ils englobent aussi la gouvernance, les politiques publiques, sociales et macro-économiques, la culture et les valeurs de la société, la puissance et le prestige, etc. Ces déterminants ont un impact sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires (Ben Ammar Sghari et Hammami, 2016). Aïach (1990) défend l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables qui interagissant au cours de la vie.

3.3.3. Les déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont définis comme « *circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances qui reflètent des choix politiques dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local* » (OMS, 2013). Les déterminants sociaux de la santé demeurent l'une des principales causes des inégalités de santé (AIIC, 2010), « *qui sont considérées comme injustes ou qui découlent d'une forme d'injustice* » (Kawachi et al., 2002). Les inégalités sociales de santé se résument ainsi dans chaque relation existe entre la santé et l'appartenance à une classe sociale (Guichard et Potvin, 2010).

Dans une perspective globale, les déterminants des inégalités de santé sont analysés d'une manière différente. l'OMS (1994) a montré que les caractéristiques socio-économiques, culturelles et environnementales impactent les conditions de vie et de travail de l'individu (environnement de travail, logement, niveau d'études, hygiène, services de santé...), ces conditions déterminent également l'insertion sociale des personnes au sein de leurs réseaux sociaux et communautaires, ces derniers influencent les modes de vie individuels qui conditionnent leur état de santé, cela s'ajoute aux facteurs individuels comme l'âge, la physiologie et la génétique (cf.Fig.n°1).

Figure n°1. Déterminants des inégalités sociales de santé



Source : OMS (1994)

D'autre part, plusieurs modèles des déterminants de santé s'intéressent à repositionner l'homme au centre des problématiques de santé publique dans un contexte global.

Pour évaluer la contribution de chaque déterminant de santé, Dever (1976) a démontré, à travers différentes causes de mortalité enregistrées aux États-Unis, que la santé est très peu influencée par le système de soins. Il présente également une comparaison de la part d'influence de chacun des principaux déterminants de santé (système de soins, habitudes de vie, environnement et facteurs biologiques) et leur contribution à la mortalité selon des modèles d'autres auteurs (Center for Disease Control and Prevention d'Atlanta (CDC, 1978 et 1993) ; Mc Ginnis et Foegeen (1993) et le modèle de Fielding et Halfon (1994)) (Cf.Tab.n°1).

Le système de soins représente la part la plus faible de ces déterminants de santé, aussi bien dans le modèle de Dever (1976), que dans les autres modèles de comparaison. Les déterminants environnementaux expliquent une influence qui varie entre 19% et 21% chez les auteurs. Tandis que, les facteurs biologiques influencent la santé des individus à hauteur de 27% selon Dever, et oscillent entre 16 et 28% selon les autres modèles. Les habitudes de vie

représentent la part la plus élevée dans tous les modèles, avec 43% chez Dever, et atteignent 53% pour le CDC.

À partir de ces résultats, nous pouvons déduire que les habitudes de vie et les facteurs biologiques influencent fortement l'état de santé des individus.

La santé constitue donc une variable qui doit être traitée par les politiques publiques et particulièrement les politiques urbaines.

Tableau n°1 : Contribution des déterminants de santé à la mortalité en (%)

Facteurs influençant la santé	Attributions de la mortalité (%)			
	Modèle Dever (1976)	Modèle CDC (1978)	Modèle CDC (1993)	McGinnis/ Foege (1993) Fielding/Halfon (1994)
Système de soins	11	10	10	17
Habitudes de vie	43	53	51	34
Environnement	19	21	19	21
Biologie	27	16	20	28
Total	100	100	100	100

Source : Harpet (2016, p.131)

4. Réduction des inégalités en matière de santé

La réduction des inégalités en santé exige avant tout l'action sur leurs déterminants sociaux. L'environnement physique est un facteur puissant de la santé des individus, notamment le rôle des espaces verts dans la réduction des inégalités en matière de santé.

Réduire les disparités en matière de santé nécessite des approches qui ne pourraient être peu coûteuses, à travers des financements substantiels et une intense participation communautaire, pour élaborer des plans stratégiques à court et à long terme afin d'améliorer les conditions physiques, psychologiques et sociales des individus.

4.1. Rôle des espaces verts

Certaines recherches scientifiques adoptent l'hypothèse que l'exposition aux espaces verts pourrait atténuer les inégalités de santé liées au statut socioéconomique. Les quartiers disposant d'espaces verts enregistrent moins de disparités de santé liées au statut socioéconomique (Mitchell et Popham, 2008). Maas et al. (2009) ont montré aussi les avantages issus de l'exposition aux espaces verts pour la santé des personnes moins éduquées. Cependant, le mécanisme d'influence de la quantité, la qualité et l'accessibilité à ces espaces verts sur les résultats de santé liés au statut socio-économique reste ambigu.

Gascon et al. (2016) ont réalisé un examen systématique du lien existant entre les espaces verts résidentiels et la mortalité. Il a été démontré qu'une forte exposition à l'environnement réduit le taux de mortalité toutes causes confondues, mais n'apporte aucun avantage pour les causes de mortalité spécifiques (par exemple, cancer du poumon, maladie cardiaque, accidents de la route et diabète). Jonker et al. (2014) ont observé que l'état de santé n'était pas lié significativement aux espaces verts les plus proches, par contre, Markevych et al. (2014) ont montré que les problèmes de comportement des enfants étaient liés aux espaces verts publics les plus proches, mais non à la verdure environnante résidentielle.

Bertram et Rehdanz (2015) ont établi une relation en forme de U inversé entre satisfactions des individus et leur distance des espaces verts. Les études ont proposé que les bénéfices des espaces verts pour la santé diffèrent selon les natures de ces espaces verts et les indicateurs de

santé. En outre, d'autres études ont traité le rôle de la qualité des espaces verts et ont adopté que les dimensions de la qualité devraient être prises en compte. En ce qui concerne les incertitudes liées à la relation entre les espaces verts et la santé publique, les spécialistes ont suggéré de nombreuses explications et sont parvenus à un constat selon lequel les indicateurs dimensionnels des espaces verts doivent être analysés et comparés simultanément avec différents indicateurs de santé de sections et de groupes.

4.2.Rôle du système de santé et des politiques dans la lutte contre les inégalités sociales de santé

Pour lutter contre la persistance des inégalités de santé, plusieurs actions ont été entreprises notamment par la Commission des Déterminants Sociaux de la santé adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2005. Ainsi, le rapport final de la Commission est rendu public en août 2008 et formule des recommandations fondamentales pour réduire les inégalités sociales de santé, en agissant généralement sur les déterminants sociaux de la santé, sur les facteurs de risques des maladies et sur les conditions de vie des individus.

Ce rapport rappelle que les « *inégalités sociales de santé sont le fruit de l'injustice sociale qui tue à grande échelle. Les réduire est un impératif éthique* ». La réduction des inégalités sociales de santé devient une question « politique » pour plusieurs pays. Tandis que certains pays européens adoptent une réflexion pour lutter contre ces inégalités, d'autres pays plus développés ont déjà établi des stratégies et des plans d'actions pour réduire ces « écarts de santé ». En adoptant l'approche la plus fondamentale « *dans la mesure où les inégalités sociales sont à la base des inégalités de santé* », il faut :

- Renforcer le système de sécurité sociale et veiller à une meilleure accessibilité au marché de l'emploi pour des personnes atteintes de maladies chroniques.
- Réduire les risques liés à certains déterminants de la santé (modèle des causes sociales) qui sont dus à la position socioéconomique. Cela nécessite une amélioration des conditions matérielles, psychosociales et comportementales.
- Réduire les effets sanitaires liés à l'appartenance à une classe sociale défavorisée par l'amélioration du système de soins en renforçant l'accessibilité financière et culturelle. Ainsi, par des modes de communication adéquats entre les professionnels de soins et les personnes venant des milieux défavorisés.

Il faut également un aménagement des logements et des infrastructures dans ces communautés défavorisées, la lutte contre les déchets et les polluants environnementaux notamment la pollution industrielle qui est responsable de plusieurs maladies humaines. En plus, il faut une collaboration entre les dirigeants gouvernementaux et les dirigeants communautaires, ainsi qu'avec les dirigeants d'entreprises locaux et nationaux pour la création des lieux de divertissement dans ces localités en détresse et pour introduire des grands magasins et supermarchés offrant une multitude de produits avec l'encouragement des consommateurs à choisir des produits sains. Ces mesures permettent de réduire les coûts liés à l'accès aux soins de santé et réduire par la suite les disparités en matière de santé.

Febvay et Aubenque (2001) montrent que l'adoption de certains programmes de prévention contre les maladies dans la petite enfance permet de contribuer à une réduction des inégalités de santé à l'âge adulte. Ces programmes permettent de renforcer les capacités et développer les compétences des enfants comme la maîtrise du langage, de la lecture, la lutte contre l'échec scolaire et le développement de l'estime de soi, etc.).

Plusieurs études récentes (Horton et coll., 2015) ont montré un manque concernant les études sur l'efficacité des interventions pour réduire les inégalités en santé. Les interventions qui ont été traitées se concentrent généralement sur le changement de comportement des individus plutôt que sur le contexte socio-économique, politique et culturel de la société (Horton et al., 2015). Lutter contre les inégalités socioéconomiques, par l'augmentation des

revenus, la création des richesses et l'éducation, pourrait contribuer à une justice sociale, cependant, s'en remettre seulement à ces facteurs pour réduire les inégalités en matière de santé pourrait ne pas être efficace (Preda et Voigt, 2015).

Les politiques visant à s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé pour réduire les inégalités en matière de santé exigent des approches à long terme et une collaboration entre ministères pendant de longues périodes (Exworthy et Hunter, 2011). Malgré l'attention accordée à ces déterminants sociaux, il existe encore des obstacles à la coordination de ces approches entre de multiples ministères gouvernementaux.

Le défi consiste à clarifier les interventions visant les facteurs de risque, les comportements et la consommation qui sont efficaces pour améliorer la santé globale de la population. Il consiste aussi à réduire les inégalités en matière de santé, sans perdre de vue les conditions socioéconomiques, culturelles et politiques dans lesquelles ces facteurs de risque apparaissent. Pour ce faire, il faut trouver un équilibre entre ce qui est réalisable à court terme, dans le cadre des contraintes organisationnelles gouvernementales actuelles axées sur la " santé ", et les objectifs à plus long terme de réduction des inégalités sociales.

5. Conclusion et Perspectives

L'état de santé des personnes est influencé par de multiples déterminants. Les inégalités en santé peuvent être expliquées par plusieurs facteurs, à savoir le niveau de revenu, le niveau de scolarité et la situation professionnelle, aussi par des facteurs comportementaux, socioéconomiques et environnementaux relatifs au lieu de résidence.

Les personnes vivant dans des communautés défavorisées ont généralement de faibles revenus, un faible niveau d'instruction, un emploi mal rémunéré et un taux très élevé de violence, ces personnes n'ont pas accès à des produits alimentaires sains et vivants dans des zones qui représentent des niveaux très élevés de pollution environnementale.

Les populations vivantes dans ces conditions ont des difficultés à suivre un mode de vie saine pour accroître la longévité comme une alimentation équilibrée, la pratique d'activités physiques et l'élimination des facteurs de pollution atmosphérique et environnementale. A ces éléments s'ajoutent les facteurs de stress liés au fait de vivre dans des quartiers qui représentent des niveaux élevés de violence, ce qui engendre plusieurs maladies dégénératives aiguës et chroniques comme les pathologies cardiovasculaires et le cancer.

En plus, les personnes qui vivent dans des situations socioéconomiques très difficiles représentent des mauvais états de santé buccodentaire, cela à cause du coût élevé des soins buccodentaires de qualité aussi une mauvaise hygiène bucco-dentaire ce qui est responsable de l'inflammation et puis les maladies cardiovasculaires. Cependant, certains résultats pour plusieurs pathologies sont catastrophiques que dans les quartiers privilégiés.

Les résultats en matière de santé ne s'améliorent pas uniquement par l'augmentation du nombre des établissements sanitaires, mais par l'amélioration de conditions socioéconomiques et éducatives de ces quartiers.

Les inégalités de santé ne sont pas uniquement liées aux services de santé, mais il y a d'autres déterminants liés à la situation socioéconomique des individus dans la société, aux facteurs environnementaux, aussi à des facteurs comportementaux. Les principaux indicateurs qui reflètent cette position sont le niveau d'études, le revenu, et la catégorie socioprofessionnelle.

L'équité en matière de santé dépend fortement de tous les aspects de la politique économique et gouvernementale, notamment en ce qui concerne les finances, les systèmes de l'éducation, la qualité du logement, l'emploi, les transports et surtout la politique sanitaire. Si le secteur sanitaire ne constitue pas un axe principal de ces politiques, celles-ci peuvent avoir des effets insidieux sur le système de santé et l'équité sanitaire.

C'est pourquoi les politiques des différents secteurs doivent travailler en cohérence et ne pas être contradictoires en ce qui concerne l'accès équitable en santé. Par exemple, une politique commerciale qui encourage la production, la commercialisation et la consommation de produits et d'aliments riches en graisses et en sucres au détriment de l'encouragement de la production de fruits et légumes est contradictoire à une politique en faveur de la santé.

Les recherches doivent être poursuivies pour démontrer que la réduction des inégalités sociales se traduit par une réduction des inégalités en matière de santé et une amélioration de la santé et des capacités humaines. Cela afin de continuer à fournir des interventions efficaces pour lutter contre les inégalités en matière de santé qui ciblent les facteurs socioéconomiques, les comportements à risque et les caractéristiques personnelles.

L'objectif ultime est l'accès aux services de santé pour tous, quelles que soient les conditions sociales dans lesquelles les gens naissent, vivent et travaillent.

Références :

- (1) Ahluwalia, M. (2000). Economic Performance of States in Post-Reforms Period. *Economic and Political Weekly*, 35(19), 1637-1648. <http://www.jstor.org/stable/4409264> (Consulté le 24 janvier 2021)
- (2) Aïach, P. (1990). Un syllogisme dévoyé : l'égalité devant la mort et la maladie. *Agora Ethique Med Soc*, vol.13, 5-10.
- (3) (AIIC) Association des infirmières et infirmiers du Canada, (2010). La justice sociale... un moyen de parvenir à une fin, une fin en soi. (2e éd.) http://www.cna-aiic.ca/Social_Justice_2010_F (consulté le 07 octobre 2019)
- (4) Anand, S. (2002). The concern for equity in health. *J Epidemiol Community Health*, 56:485-7.
- (5) Bambra, C. (2016). Health Divides: Where You Live Can Kill You. *Policy Press*, Bristol, UK.
- (6) Barnay, T., Cambois, E., & Robine, JM. (2010). Espérances de vie, espérances de vie en santé et âges de départ à la retraite : des inégalités selon la profession en France. INED, CNRS, Inserm.
- (7) Beauchamp, TL. & Childress, JF. (1994). Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press, 326-59.
- (8) Ben Ammar, S.M., & Hammami, S. (2016). Inégalité de santé et déterminants sociaux de la santé. *Éthique et santé*, vol.13, n°4, 185-194. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S176546291630040X> (consulté le 28 mai 2019).
- (9) Bertram, C., & Rehdanz, K. (2015). The role of urban green space for human well-being. *Ecological Economics*, vol.120, 139-152.
- (10) Bradshaw, MJ., & Vartapetov, K. (2003). A New Perspective on Regional Inequalities in Russia. *Eurasian Geography and Economics*, vol.44 (6). <https://rsa.tandfonline.com/doi/abs/10.2747/1538-7216.44.6.403#.YA1yTBbjLIU> (Consulté le 23 Janvier 2021)
- (11) Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu. Rev. Public Health*, vol. 27, 167-194.
- (12) Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *J. Epidemiol. Community Health*, vol.57, 254-258.
- (13) CDSS (Commission des Déterminants Sociaux de la Santé), (2008). Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. *Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*. OMS.

- (14) Dever, G.E. Alan, (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*. 453-466.
- (15) Evans T, & al. (2001). Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press,
- (16) Exworthy, M., & Hunter, D.J. (2011). The challenge of joined-up government in tackling health inequalities. *Int. J. Public Adm*, vol.34.201–212.
- (17) Febvay, M., & Aubenque, A. (2001). La mortalité par catégorie socio-professionnelle. *Etud Stat*, vol.3.39-44 [FIDA, Rapport sur la pauvreté rurale, 1957. 268 p].
- (18) Fielding, J. Halfon, N. (1994). Where Is the Health in Health System Reform?, vol 272, n°16. 1232-1304
- (19) Feinberg, J. (1995). Justice. In: Reich WT, ed. Encyclopedia of bioethics. New York: Macmillan, 802–10.
- (20) Galster, G.C. (2010). The mechanism (s) of neighbourhood effects: Theory, evidence, and policy implications. *Neighbourhood effects research: New perspectives*. Springer.
- (21) Gascon, M., Triguero-Mas, M., Martínez, D., Dadvand, P., Rojas-Rueda, D., Plasència, A., & Nieuwenhuijsen M.J. (2016). *Environment International*. vol.86. 60–67.
- (22) Guichard, A., & Potvin, L. (2010). Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ?, *Éditions de l'INPES*.
- (23) Harpet, C. (2016). Position et projet scientifiques : Justice environnementale et santé publique : Publics, milieux et territoires urbains. *Architecture, aménagement de l'espace*, p. 215, l'université Jean Moulin –Lyon III. France. <https://hal.ehesp.fr/tel-01723990/document> (consulté le 15 octobre 2020)
- (24) Hedman, L., Manley, D., Van Ham M., & Osth, J. (2015). Cumulative exposure to disadvantage and the intergenerational transmission of neighbourhood effects. *J. Econ. Geogr.*, vol.15.195–215.
- (25) Horton, K., Friel, S., de Leeuw, E., McKeone, C., & Bolam, B. (2015). Fair Foundations for health equity. *Health Promot. Int.*, vol.30, ii2–ii7.
- (26) Jonker, MF., van Lenthe, FJ., Donkers, B., Mackenbach, J.P., & Burdorf, A. (2014). The effect of urban green on small-area (healthy) life expectancy. *J Epidemiol Community Health*, vol.68.999–1002.
- (27) Kawachi I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol.56.647-652. <http://jech.bmj.com/content/56/9/647.full> (consulté le 07 octobre 2019)
- (28) Khang, Y.H., Lynch, J.W., & Kaplan, G.A. (2004). Health inequalities in Korea: age- and sex-specific educational differences in the 10 leading causes of death. *Int. J.Epidemiol.*, vol.33. 299–308.
- (29) Macintyre, S., & Ellaway, A. (2009). Are perceived neighbourhood problems associated with the likelihood of smoking ? *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol.63, 78-80.
- (30) Marmot, M., Ryff, CD., Bumpass, LL., Shipley, M. & Marks, NF. (1997). Social inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine*. Volume 44, Issue 6. 901-910 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953696001943> (Consulté le 21 janvier 2021).
- (31) Maas, J., van Dillen, S.M.E., Verheij, R.A., & Groenewegen, P.P. (2009). Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health. *Health & Place*, vol.15.586–595.
- (32) Markevych, I., Tiesler, C.M.T., Fuertes, E., Romanos, M., Dadvand, P., Nieuwenhuijsen, M.J., & al. (2014). Access to urban green spaces and behavioural

- problems in children: Results from the GINI plus and LISA plus studies. *Environment International*, vol.71. 29–35.
- (33) McGinnis, J.M. & Foege, W.H. (1993). Actual causes of death in the United States. *J. Am. Med. Assoc.*, 270. 2207–2212.
 - (34) Mitchell, R., & Popham, F. (2008). Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *The Lancet*, vol.372, n°9650.1655-1660. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067360861689X> (Consulté le 17 janvier 2019).
 - (35) Myrdal, G. (1957). *Economic Theory and Underdeveloped Regions*. London, UK: Duckworth.
 - (36) OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), (2015). *Tackling Harmful Alcohol Use. Economics and Public Health Policy*, OECD Publishing, Paris, France.
 - (37) OMS (Organisation Mondiale de Santé), (1946). *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization, New York.
 - (38) OMS (Organisation Mondiale de Santé), (1994). *European Health Policy Conference : opportunities for the future. Report on a WHO Conference*, Copenhagen, *WHO Regional Office for Europe*. (document EUR/ICP/HFAP 94 01/CN01).
 - (39) OMS (Organisation mondiale de la Santé), (2013). Les déterminants sociaux de la santé. http://www.who.int/topics/social_determinants/fr/index.html (consulté le 06 octobre 2019)
 - (40) OMS (Organisation Mondiale de Santé), (2016). Life expectancy data by country. *Glob. Health Obs.* Data Repos.
 - (41) Patel, Surendra J. (1991). Growing Regional Inequalities in Gujarat. *Economic and Political Weekly*, vol. 26, no. 26, pp. 1618–1623. www.jstor.org/stable/41498420. (Consulté le 22 Janvier 2021)
 - (42) Pearce, J. (2015). Invite dcommentary: history of place, life course, and health inequalities-historical geographic information systems and epidemiologic research. *Am. J. Epidemiol.*, vol.181. 26–29.
 - (43) Peng Bin, (2016). Dynamic Development of Regional Disparity in Mainland China: An Experimental Study Based on a Multidimensional Index. *Sustainability, MDPI, Open Access Journal*, vol. 8(12). 1-28.
 - (44) Petrakos, G., & Artelaris, P. (2008). Regional inequalities in Greece : Regional Analysis and Policy. *Physica-Verlag* HD.121-39.
 - (45) Potvin, L., & al. (2010). *La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé*. INPES
 - (46) Public Health England (2015). Stockton-on-Tees: Health Profile. *APHO*, Available: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=171624> (Accessed 14 July 2016).
 - (47) Preda, A., & Voigt, K. (2015). The social determinants of health: why should we care?, *Am. J. Bioeth.*, vol.15. 25–36.
 - (48) Starfield, B. (2001). Basic concepts in population health and health care. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55, p. 452-454.
 - (49) Solow, R. (1956). A Contribution to the Theory of Economic Growth. *Quarterly Journal of Economics*, 70, pp 65-94.
 - (50) Summerina, W., & Kashif, M. (2017). *Regional Disparity and Decentralization in Pakistan: A Decomposition Analysis*. MPRA Paper 83444, University Library of Munich, Germany
 - (51) Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health , *Int. J. Health Serv*, vol 22. 429–445.

- (52) Winkler, & Andreas. (2012). Measuring Regional Inequality: An Index of Socio-Economic Pressure for Serbia. Collection of Papers - Faculty of Geography at the University of Belgrade. 60. 81-102.
- (53) UNICEF, World Health Organization, World Bank, United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division, (2015). Levels and Trends in Child Mortality. *United Nations Children Fund*, New York.